



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**

**INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
RELAÇÃO AOS ALIMENTOS FUNCIONAIS**

**FERNANDA PAULINA DE SOUZA ALVARADO LIMA**

**NITERÓI  
2012**



**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**INSTITUTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
RELAÇÃO AOS ALIMENTOS FUNCIONAIS**

**FERNANDA PAULINA DE SOUZA ALVARADO LIMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva

Orientador: Marcos Paulo Fonseca Corvino

NITERÓI  
2012

**FERNANDA PAULINA DE SOUZA ALVARADO LIMA**

**CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM  
RELAÇÃO AOS ALIMENTOS FUNCIONAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em .

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Marcos Paulo Fonseca Corvino  
Universidade Federal Fluminense  
Orientador

---

Prof. Dr. Rodrigo Santos  
Universidade Federal de Juiz de Fora  
(Membro externo – titular)

---

Prof. Dr. Gilson Teles Boaventura  
Universidade Federal Fluminense  
(Membro interno – titular)

---

Prof. Dr. Marco Senna  
Universidade Federal Fluminense  
(Membro interno – suplente)

*Ao meu filho Gabriel, por ter tornado  
meus dias mais felizes!*

*Aos meus amados pais, Sidney e  
Regina e à minha querida irmã  
Flavia, pelo apoio, incentivo e amor  
incondicional durante toda essa  
jornada!*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Marcos Corvino, pela forma respeitosa com que sempre soube apontar problemas e conduzir o processo de construção do conhecimento.

Aos membros da banca, Prof. Dr. Gilson Teles Boaventura e Rodrigo Salles, pelas valiosas contribuições ao estudo, fazendo com que o mesmo ganhasse em qualidade.

À Cilene, grande companheira, que sempre coordenou com dedicação as atividades domésticas e sempre cuidou do pequeno Gabriel nos meus momentos de ausência.

Aos participantes deste estudo, por terem me proporcionado ricos momentos de reflexão e crescimento profissional e humano.

*À todos, o meu muito obrigada!!!*

## **RESUMO**

Definidos como produtos, os alimentos funcionais contêm em sua composição alguma substância biologicamente ativa que ao ser adicionada a uma dieta usual desencadeia processos metabólicos e/ou fisiológicos, resultando em redução do risco de doenças crônicas não transmissíveis e influenciando na melhora da saúde. Os profissionais de saúde são particularmente qualificados e habilitados para traduzir evidências científicas em aplicações práticas para usuários dos serviços de saúde. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi analisar as práticas e os conhecimentos dos médicos do PSF dos municípios de Niterói, e São Gonçalo, relacionados aos alimentos funcionais. E em um segundo momento, conhecer a realidade dos usuários desse programa. Para alcançar tal objetivo, o estudo foi estruturado a partir de metodologia quanti-qualitativa de pesquisa, baseada na aplicação de entrevistas semi-estruturadas e grupo focal.

## **ABSTRACT**

Defined as products, functional foods have in their composition a biologically active substance which when added to a usual diet triggers metabolic processes and / or physiological, resulting in reduced risk of chronic diseases and influencing health improvement. Health professionals are particularly skilled and qualified to translate scientific evidence into practical applications for users of health services. Therefore, the objective of this study was to analyze the practices and knowledge of medical FHP municipalities of Niterói and São Gonçalo, related to functional foods. And in a second stage, knowing the reality of the users of this program. To achieve this goal, the study was structured based on quantitative and qualitative methodologies of research, based on the application of semi-structured interviews and focus groups.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AVE	Acidente vascular encefálico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
FDA	Food and Drug Administration
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1 – MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL</b>	<b>14</b>
1.1 – Alimentação contemporânea	14
1.1.1. Transição Nutricional no Brasil	15
1.2. – Programas de incentivo a alimentação saudável	16
1.3.- Alimentos funcionais e sua relação com a saúde	16
1.3.1 Promoção X prevenção da Saúde	16
1.3.2. A filosofia e a prática da promoção da saúde no Brasil	17
1.3.3. Aspectos históricos dos alimentos funcionais	19
1.3.4. Pesquisas científicas sobre alimentos funcionais	20
1.4. Responsabilidade dos profissionais de saúde	22
1.5. Os municípios estudados	23
<b>Capítulo 2 – METODOLOGIA E DESENHO DA PESQUISA</b>	
2.1. Grupo focal na pesquisa qualitativa	25
<b>Capitulo 3- RESULTADOS</b>	<b>32</b>
<b>Artigo1</b> Concepções de Médicos do PSF sobre alimentação funcional na prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	<b>33</b>
<b>Artigo 2-</b> Grupo focal: Estudo comparativo com usuários do Sistema Único de Saúde de dois Municípios do Rio do Janeiro	<b>43</b>
<b>Anexos</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

Aproximadamente 35 milhões de pessoas morrem em todo o mundo, a cada ano, vítimas das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), gerando um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza.(WHO, 2005)

No Brasil, como nos outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho respiratório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), (Schmidt *et al*, 2011) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto.(Malta *et al* 2006)

O consumo adequado de frutas, legumes e verduras reduz o risco de doenças do aparelho circulatório, câncer de estômago e câncer colorretal. Estima-se que o excesso de peso e a obesidade causem 2,8 milhões de mortes a cada ano. (WHO, 2009) Os riscos de doença cardíaca, acidente vascular encefálico (AVE) e diabetes aumentam consistentemente com o aumento do peso. (Bazzano, 2003) O índice de massa corporal elevado também aumenta os riscos de certos tipos de câncer (de mama, colorretal, de endométrio, rim esôfago, pâncreas) (Riboli, 2003)

A epidemia de DCNT tem afetado, sobretudo, pessoas de baixa renda, mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso a serviços de saúde. Além disso, a presença dessas doenças cria um círculo vicioso, levando essas pessoas a um maior estado de pobreza. (Malta,2011).

No Brasil, mesmo com a existência do Sistema Único de Saúde – SUS–, gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias.

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a alimentação saudável, através do incentivo ao aleitamento materno ao lado do Guia de Alimentação Saudável, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com as indústrias para a eliminação das gorduras trans, e recentemente, para a redução de sal nos alimentos.

Nesse contexto, surgem “os alimentos funcionais”, lançado no Japão através de um programa de governo que tinha como objetivo desenvolver alimentos saudáveis para uma população que envelhecia e apresentava uma grande expectativa de vida (Colli, 1998).

Podemos dizer que, nunca os benefícios dos alimentos e componentes alimentares para a saúde mereceram tanta ênfase. A filosofia de que os alimentos podem oferecer à saúde benefícios que vão além de seu valor nutricional tradicional deveria ser bastante conhecida entre os cientistas e profissionais de saúde (Bidlak, 1999).

O reconhecimento oficial dos alimentos funcionais, no Brasil, ocorreu em 1999, quando a regulamentação técnica para análise de novos alimentos e ingredientes foi proposta e aprovada pela vigilância Sanitária/ MS (IMeN, 2009)

O cenário descrito indica a necessidade de avaliar se os profissionais de saúde de unidades ambulatoriais, têm adotado, na prática clínica, intervenções educativas que possam prevenir os riscos de doenças crônicas não transmissíveis através dos alimentos funcionais, bem como analisar a percepção desses profissionais sobre o tema.

Nesta investigação, escolheu-se trabalhar com os médicos do Programa Saúde da Família (PSF), pois funcionam como generalistas, devendo saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em

que estão inseridos, podendo oferecer uma assistência centrada no perfil e nas necessidades da população. Sendo assim, essa pesquisa visa testar **se** o médico de família detém o conhecimento sobre alimentos que atuam na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

A escolha do objeto de pesquisa se deveu a uma aproximação da autora com o tema e partiu das seguintes questões de estudo, relacionadas ao conjunto de objetivos definidos para a investigação (que serão apresentados adiante). Expõe as questões abaixo.

A primeira pergunta a ser feita é: Qual o conhecimento dos médicos em relação a esse novo conceito de alimentos? Como os profissionais da saúde lidam com as influências das práticas alimentares? E como os usuários recebem as informações passadas por esses profissionais?

Espera-se com esse trabalho, contribuir para a ampliação do debate sobre as práticas alimentares e suscitar a reflexão sobre programas, ações e publicações dirigidas aos profissionais de saúde e à população, especialmente os que fazem parte do grupo de risco para as DCNT.

Com essa expectativa, estabeleceu-se, como **objetivo geral** deste estudo, *Avaliar como as práticas dos médicos de família podem auxiliar na Promoção e Prevenção da saúde relacionadas aos alimentos funcionais.*

Para fins de melhor apreensão e apropriação do objeto de estudo, foram elaborados **objetivos específicos**, como segue:

- 1) Analisar o conhecimento dos médicos de família em relação aos alimentos funcionais;
- 2) Descrever a prática profissional dos médicos de família em relação à prescrição de alimentos.
- 3) Identificar a aceitabilidade dos usuários frente ao alimento funcional.

Em linhas gerais, os estudos que compõem o marco teórico e conceitual desta investigação, são desenvolvidos no **Capítulo 1**.

O **Capítulo 2** foi dedicado à descrição da metodologia e dos procedimentos adotados na investigação, com ênfase na análise central - conhecimentos e práticas. Ainda nessa seção, algumas questões relacionadas ao contexto da pesquisa foram apresentadas e discutidas, com vistas a subsidiar a análise sócio-histórica

No **Capítulo 3**, destinado aos Resultados encontrados no trabalho será feita a apresentação de dois artigos.

Nas **Conclusões**, foram feitas afirmações, questionamentos e sugestões, com vistas a contribuir para a qualificação do cuidado em saúde.

## Capítulo 1 – MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

### 1.1. ALIMENTAÇÃO CONTEMPORÂNEA

Contrastes importantes, no que se refere ao acesso aos alimentos, por parte das populações, têm sido observados, nas últimas décadas, fato que coloca a alimentação na pauta do debate público. Enquanto algumas populações experimentam novos produtos, sabores, excessos, prazeres, outras sentem, diariamente, o amargo gosto da fome, a dor do esquecimento e da humilhação.

A falta de alimentos para muitos povos é a principal expressão da desigualdade social e tem sido conceituada como uma condição de insegurança alimentar (Menezes, 1999).

A atualidade é marcada, ainda, por mudanças importantes no contexto alimentar. Sobre a disseminação de marcas e gêneros alimentícios, há que se ressaltar o papel da televisão. Conjugando som e imagem, não apenas contribui para mudanças no estilo de vida, valores e moralidade, mas favorece a formação de uma cultura alimentar, ditando preferências e hábitos (Lewin, 1992), ficando quase impossível resistir a toda essa dinâmica do mercado de alimentos e (ou) refeições. Como exemplo, os *fast foods* e determinada marca de refrigerante norte-americana já alcançaram a maioria dos países, porém com particularidades quanto ao seu consumo, sendo considerados, em algumas sociedades, alimentos de luxo ou destinados à população mais jovem (Flandrin e Montanari, 1996).

Mintz (2001) apresenta a idéia de que o alimento em nossa sociedade é uma mercadoria, e, portanto, é explorado pela mídia, como outra mercadoria qualquer. Sifontes e Dehollain (1986) destacam que quanto mais se desce na escala da estratificação social, maior é a influência exercida principalmente pela televisão nas condutas alimentares, sendo essa mídia a principal fonte de informações sobre questões alimentares utilizadas pela população. O lanche fast food ganha longe na preferência dos alimentos in natura, em função da velocidade no preparo e a facilidade no consumo gerada com as novas técnicas de conservação. A junk food, termo utilizado para designar alimentos com alto teor calórico, mas com níveis reduzidos de nutrientes, foi implantado como cultura, estando presente em todos os tipos de mídia. Não se deve esquecer que raramente alimentos saudáveis como frutas e vegetais são publicitados (Garcia, 2000).

No mundo ocidental, existe uma preferência pelos alimentos energéticos (Schiffman, 1999), em consequência das sensações positivas (maior saciedade, gosto etc.) com a ingestão dos mesmos, e por produtos de origem animal, particularmente a carne, considerada um alimento de grande valor social (Garcia, 2000), o que contribuiu para o aumento de doenças, como as cardiovasculares e as neoplasias, modificando o perfil epidemiológico dos países (Sorcinelli, 1996). Portanto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), características de novos estilos de vida, têm, como um dos seus condicionantes, os comportamentos e práticas alimentares (Lessa, 1998).

De forma oposta, alimentos de origem vegetal, como as hortaliças e as frutas, valiosas fontes de vitaminas e minerais, obtiveram menor espaço, na dieta, por serem, muitas vezes, considerados “leves”, “fracos” ou porque “não sustentam” e, também, devido à exigência de adequadas condições higiênico-sanitárias, no processo que vai da produção ao preparo. Embora tenham alcançado importância, no auge do destaque das vitaminas, principalmente nos Estados Unidos, a indústria farmacêutica tratou de transformar esses nutrientes em medicamentos, concorrendo com os alimentos fonte (Levenstein, 1996). Esse fato parece estar de acordo com as necessidades da vida moderna. Dentre essas, impõe-se a maior praticidade no preparo dos alimentos, que são, freqüentemente, substituídos pelas cápsulas de vitaminas ou “fortificantes”.

### **1.1.1. TRANSIÇÃO NUTRICIONAL NO BRASIL**

Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência da desnutrição em crianças e adultos num ritmo bem acelerado, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade na população brasileira. A projeção dos resultados de estudos efetuados nas últimas três décadas é indicativa de um comportamento claramente epidêmico do problema. Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país. (Batista, 2003)

Em 1974, 4,4% dos jovens do sexo masculino tinham sobrepeso, 8% no sexo feminino. Em 1989, já eram 10% de homens com sobrepeso e 16% de mulheres, um aumento de mais de 100%. Já em 2002, as estatísticas apontam

para 21,5% dos homens e 18% das mulheres com excesso de peso ou obesidade (SBH, 2009).

Em 1996, período de expansão do mercado de alimentos funcionais, realizou-se uma pesquisa com mulheres brasileiras, entre 18 e 49 anos, que revelou um aumento da obesidade em cerca de 130 % em 20 anos. Nesse mesmo período, a desnutrição caiu 30 %. No final da década de 1980, o número de obesos no Brasil era duas vezes maior que o de desnutridos, o que sugere não ser mais o maior desafio a falta de alimento, mas os maus hábitos alimentares (Bianco, 2008).

## **1.2. PROGRAMAS DE INCENTIVO A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou, em 2005, o Guia Alimentar para a População Brasileira, que “contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais” a serem adotadas, no país (Brasil, 2005a).

O Guia é destinado a todas as pessoas envolvidas com a saúde pública, com destaque para os profissionais de saúde, no nível primário da atenção, para o setor produtivo de gêneros alimentícios, para o governo e as famílias. Tem como objetivo difundir orientações nutricionais sobre a alimentação saudável, de modo que todas as pessoas possam utilizá-las, visando à prevenção de doenças e à promoção da saúde (Brasil, 2005a). O documento enfatiza que a alimentação saudável não deve ser entendida como uma regra pré-concebida e universal, pois é necessário respeitar as especificidades individuais e coletivas. Ainda assim, suas sete diretrizes estratégicas prescrevem normas que devem balizar as práticas alimentares da população brasileira.

A divulgação das diretrizes alimentares não garante a adesão da população ao que se reconhece, do ponto de vista científico, como alimentação saudável. Em função das precárias condições de vida, também, não atinge diversos segmentos sociais, cujas motivações para realizar as escolhas alimentares têm lógicas próprias (Mendonça & Anjos, 2004).

## **1.3. ALIMENTOS FUNCIONAIS E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE**

### **1.3.1 PROMOÇÃO X PREVENÇÃO DA SAÚDE**



Inicialmente podemos dizer que os primeiros autores que fizeram referência ao conceito de promoção da saúde foram Winslow em 1920 e Sigerist em 1946. Ambos relacionaram o termo promoção da saúde às condições de vida das populações. Mais adiante Leavell & Clark, no ano de 1965 assumem o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o de Perkins que, segundo os autores, seria mais dinâmico. Para concluírem que saúde é um estado relativo, que precisa ser pensado sobre uma escala de graduação como a doença. A doença é vista como um processo que depende das características do agente, do homem, e da resposta deste homem aos estímulos produzidos pela doença no seu ambiente externo ou interno (Arouca, 1975)

Segundo os autores, a medicina preventiva compreenderia três níveis de prevenção e a promoção da saúde estaria incluída no nível primário, relacionada à saúde e ao bem-estar dos indivíduos. Na realidade, o discurso da medicina social no século XIX também manteve aproximação com a promoção da saúde, ao correlacionar saúde e condições de vida, através das obras de autores como Villermé, na França e Chadwick, na Inglaterra (Buss, 2000 e Czeresnia, 2003). Nesse sentido, o termo promoção da saúde não é recente. No entanto, somente nos últimos vinte anos é que a promoção da saúde reaparece enquanto estratégia promissora para o campo da Saúde Pública.

### **1.3.2. A FILOSOFIA E A PRÁTICA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL**

Desde meados da década de 1980, vários acontecimentos que se deram no âmbito nacional contribuíram para que a Promoção da Saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde.

A Reforma Sanitária Brasileira passou a ser amplamente discutida a partir de 1986, logo após a VIII Conferência Nacional de Saúde, que propôs para a sociedade brasileira conceitos e objetivos muito semelhantes aos apresentados na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, no mesmo ano. Em ambos os documentos – relatório e Carta de Ottawa – foi definido que a Saúde não se reduzia à ausência de doença, mas significava a atenção às necessidades básicas dos seres humanos, em um ambiente que favorecesse seu crescimento e desenvolvimento. Profissionais de saúde envolvidos com o movimento sanitário ocupavam-se naquele momento, com a implementação da Reforma Sanitária Brasileira, ou, mais concretamente, do Sistema Único de Saúde

(SUS), idealmente entendido como uma política pública, que deveria envolver os vários setores da sociedade. (Westphal *et al*, 2004).

Na prática, os esforços para a implementação do SUS restringiram-se a uma luta do setor saúde para a cura das doenças e, nos últimos tempos, voltada sobretudo, à resolução do financiamento das ações de saúde. Entretanto, se a Reforma não concretizou suas propostas iniciais, permitiu uma série de mudanças. Vários progressos foram feitos na perspectiva do SUS: descentralizaram-se as decisões de saúde, favorecendo o desenvolvimento de um Movimento Municipalista de saúde liderado pelos Secretários Municipais de Saúde, fortalecendo a participação e controle social da população nas questões de saúde e ampliando conceitos e práticas de saúde.

Outro acontecimento importante deste período foi a Conferência Latino-americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), realizada na Colômbia, em Bogotá, com participação de 550 representantes de 21 países latino americanos entre eles o Brasil, com a intenção de discutir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde das populações da região, com vistas a equidade. (Buss, 1997).

No ano de 1995, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se reuniu no Congresso dos Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, Ceará. A Carta de Fortaleza, elaborada ao final, nos termos que foi redigida, expressou publicamente o interesse da sociedade representativa dos Secretários Municipais de Saúde, nas propostas da Promoção da Saúde. Mencionaram na Carta as experiências canadenses de Cidades Saudáveis, chamando a atenção que seria possível “*transferir progressivamente a ênfase que o Sistema vinha dando na doença para a produção social da qualidade de vida, onde o principal ator deveria ser o cidadão referido ao seu ecossistema*” e que a municipalização da saúde poderia se fortalecer a partir de uma experiência integradora, participativa e criativa buscando a construção de “Cidades Saudáveis”. (Westphal *et al*, 2004)

A partir deste momento, várias propostas de implementação do Projetos Cidades Saudáveis começaram a ser incentivadas pela Organização Pan-americana de Saúde e por alguns técnicos canadenses e colocadas em prática em vários estados do país: Paraná, São Paulo, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Alagoas e outros, com apoio de importantes segmentos da sociedade especialmente o CONASEMS. Também a realização do “I Fórum Brasileiro de

Cidades Saudáveis” no Ceará em Agosto de 1998, foi um apoio a estas iniciativas, chegando mesmo a ser lançada a proposta da Rede Brasileira de Municípios Saudáveis. (Westphal, Motta e Bogus, 1998).

Com um objetivo semelhante foi formado, no início de 1998, na Faculdade de Saúde Pública da USP, um grupo interestadual e intersetorial para promover estudos, programas experimentais e intercâmbio de experiências entre cidades que vinham desenvolvendo projetos municipais. Este grupo deu origem ao Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC).

### **1.3.3. ASPECTOS HISTÓRICOS DOS ALIMENTOS FUNCIONAIS**

O princípio "Deixe o alimento ser teu remédio e o remédio ser teu alimento", exposto por Hipócrates aproximadamente 2.500 anos atrás, está recebendo um interesse renovado. Em particular tem havido uma explosão do interesse dos consumidores no papel de alimentos específicos ou componentes alimentares ativos fisiologicamente, os denominados alimentos funcionais, que teriam a capacidade de melhorar a saúde (Hasler, 1998). Obviamente, todos os alimentos são funcionais por proporcionarem sabor, aroma ou valor nutritivo (Rodriguez, 2003). Durante a última década, entretanto, o termo funcional aplicado aos alimentos tem adotado uma conotação diferente que é a de proporcionar um benefício fisiológico adicional, além de satisfazer as necessidades nutricionais básicas (ADA, 2004).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define como “alimento funcional o alimento ou ingrediente com alegação de propriedades funcionais e/ou de saúde e que pode, além de funções nutricionais básicas, quando se tratar de nutriente, produzir efeitos metabólicos e/ou fisiológicos e/ou benéficos à saúde, devendo ser seguro para consumo sem supervisão médica”, quando consumido na dieta habitual (ANVISA, 1999).

Resolução ANVS/MS 18/19:

#### **Alegação de propriedade funcional**

“É aquela relativa ao papel metabólico ou fisiológico que o nutriente ou não-nutriente tem no crescimento, desenvolvimento, manutenção e outras funções”

## Alegação de propriedade de saúde

“É aquela que afirma, sugere ou implica a existência de relação entre o alimento ou ingrediente com doença ou condição relacionada à saúde”

### 1.3.4. PESQUISAS CIENTÍFICAS SOBRE ALIMENTOS FUNCIONAIS

A maneira mais indicada e cientificamente correta de rotular e comercializar um alimento funcional deve ser tomar por base as alegações de saúde aprovadas pela FDA nos termos do *Nutrition Labeling and Education Act* (NLEA, 1994). Essas alegações de saúde autorizadas segundo o NLEA são pareceres que descrevem a relação entre uma substância alimentícia e uma doença ou outra condição de saúde (isto é, uma relação de “redução de risco”).

As evidências científicas sobre alimento funcionais e seus componentes fisiologicamente ativos podem ser divididos em quatro categorias distintas: (a) ensaios clínicos, (b) estudos com animais, (c) estudos experimentais *in vitro* realizados em laboratório e (d) estudos epidemiológicos. (Roberfroid, 1999)

Grande parte das atuais evidências relativas aos alimentos funcionais carece de ensaios clínicos bem elaborados; entretanto, as evidências fundamentais fornecidas por outros tipos de investigação científica são substanciais para vários alimentos funcionais e seus componentes destinados a promover a boa saúde (ANVISA 2005).

Tabela 1- Alegações de propriedades funcionais e de saúde aprovadas pela ANVISA

Componente	Alegação
Ácidos graxos ômega 3	O consumo de ácidos graxos ômega 3 auxilia na manutenção de níveis saudáveis de triglicerídeos.
Licopeno	O licopeno tem ação antioxidante que protege as células contra os radicais livres.

<b>Luteína</b>	A luteína tem ação antioxidante que protege as células contra os radicais livres.
<b>Fibras alimentares</b>	As fibras alimentares auxiliam o funcionamento do intestino.
<b>Beta Glucana</b>	A beta glucana (fibra alimentar) auxilia na redução da absorção de colesterol.
<b>Frutooligossacarídeos (FOS)</b>	Os FOS contribuem para o equilíbrio da flora intestinal.
<b>Inulina</b>	A inulina contribui para o equilíbrio da flora intestinal.
<b>Lactulose</b>	A lactulose auxilia o funcionamento do intestino.
<b>Psyllium</b>	O psyllium (fibra alimentar) auxilia na redução da absorção de gordura.
<b>Quitosana</b>	A quitosana auxilia na redução da absorção de gordura e colesterol.
<b>Fitoesteróis</b>	Os fitoesteróis auxiliam na redução da absorção de colesterol.
<b>Probióticos</b>	O (indicar a espécie do microrganismo) (probiótico) contribui para o equilíbrio da flora intestinal.
<b><i>Bifidobacterium lactis</i></b>	O <i>Bifidobacterium lactis</i> (probiótico) contribui para o equilíbrio da flora intestinal.
<b><i>Bifidobacterium animalis</i></b>	O <i>Bifidobacterium animalis</i> (probiótico) auxilia o funcionamento do intestino.
<b>Proteína de soja</b>	O consumo diário de no mínimo 25 g de proteína de soja pode ajudar a reduzir o colesterol.

Alguns estudos comprovam cientificamente a eficácia desses alimentos, como por exemplo, o estudo realizado em 1999, pelo ginecologista Kyung Koo Han e colaboradores, do qual participaram 80 mulheres que

apresentavam sintomas clínicos e laboratoriais de climatério. Essas pacientes foram subdivididas em dois grupos de 40 participantes cada, onde o primeiro recebeu doses diárias de 100 mg de isoflavonas e o segundo recebeu apenas placebo. Avaliações clínicas em 80% das mulheres do primeiro grupo mostraram melhoras nos sintomas indesejáveis da menopausa, enquanto que, no segundo grupo que recebeu o placebo, apenas 12,5% apresentaram resultados positivos. Os níveis de colesterol sanguíneo também diminuíram em 35 pacientes do primeiro grupo, o que corresponde a 87,5%, enquanto, no segundo grupo, essa diminuição foi de apenas 32,5%, com conseqüente aumento do HDL e redução do LDL (Bianco, 2008).

Um outro estudo que comprova a eficácia dos alimentos funcionais, mostra evidências de que o consumo de tomates e de seus produtos está associado a uma redução do risco de câncer e doenças cardiovasculares. Sua proteção recai sobre lipídios, lipoproteínas de baixa densidade (LDL), proteínas e DNA (Rao, 1998).

Cabe ressaltar ainda que, um estudo em que se administrou FOS em pacientes diabéticos, demonstrou um decréscimo significativo de *Clostridium* e um acréscimo na contagem de *Bifidobacteria* (Passos, 2003). Os FOS diminuem os níveis de triglicérideo sérico e aumentam a produção de ácidos graxos voláteis (Hidaka et al, 1986).

#### **1.4. RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

As práticas de saúde caracterizam-se por um trabalho coletivo realizado por diversos agentes, com atividades interdependentes e complementares, podendo, estar articuladas a outras práticas da sociedade. Portanto, pode-se afirmar que o produto final das práticas de saúde é fruto das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde-doença-cuidado, em determinados contextos históricos e sociais (Gonçalves, 1992).

O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial. A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade

tecnocientífica, social e ética do cuidado, do tratamento ou do acompanhamento em saúde. A área da saúde requer educação permanente (Ceccim, 2004)

O médico de família é um profissional que existe oficialmente no Brasil desde 1994, tendo sido reconhecido como especialista pela Associação Médica Brasileira a partir de 2003. Integra equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas em muitos municípios do país, inclusive Niterói e São Gonçalo. O médico de família "funciona como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico" (Wonca, 2002,). Assim, o médico de família deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido. Dessa forma a abrangência do Programa Médico de Família (PMF), facilita a compreensão dos fenômenos por meio da conjunção do saber clínico, epidemiológico e social, na perspectiva da qualidade de vida da população. Neste modelo, a acessibilidade dos serviços a uma determinada comunidade, combinada com o diagnóstico local, oferece uma assistência centrada no perfil e nas necessidades da população, estabelecendo assim identidade à porta de entrada do sistema de saúde municipal.

Profissionais da área de saúde estão diante de uma oportunidade única de desempenhar um papel vital e essencial na avaliação e implementação de estudos de pesquisas sobre alimentos funcionais (ADA, 2004)

Cabe ressaltar que estudos feitos com médicos, os resultados encontrados indicam que eles reconhecem a importância de ter conhecimentos em Nutrição para o seu bom desempenho profissional, apesar de uma grande parte deles considerar os próprios conhecimentos insuficientes (Álvares, 2007)

## **1.5. OS MUNICÍPIOS ESTUDADOS**

Os dados do Censo 2000 apontam São Gonçalo como o município com maior deslocamento diário do país, com destino, principalmente, aos vizinhos Niterói e Rio de Janeiro, em busca de trabalho ou estudo. Estes dados indicam ainda que, comparativamente ao perfil socioeconômico das populações que fazem o

deslocamento em sentido inverso – isto é, residem em Niterói ou Rio de Janeiro e trabalham ou estudam em São Gonçalo – os gonçalenses têm, em média menor escolaridade e salários mais baixos, e concentram-se nos setores de comércio (19%), de serviços domésticos (16%) e de serviços a empresas (11%) (Senna, 2004)

Observa-se, assim, que o município de São Gonçalo acompanha as tendências mais gerais do padrão de segregação sócio-espacial que se consolidou na região metropolitana do Rio de Janeiro, marcado pela dualidade centro/periferia.

Autores como Lago (2000) e Brandão (2002) chamam atenção para o fato de que, nos anos 1970, São Gonçalo constituía um dos principais pólos de atração dos fluxos migratórios procedentes, em sua maioria, da capital e, em menor escala, da própria periferia metropolitana. A construção da ponte Rio-Niterói (1974), diminuindo a distância para a cidade do Rio, impulsionou um novo ciclo de produção de lotes populares e contribuiu para a expansão demográfica deste município durante a década (Oliveira, 2002). Como bem sintetiza Brandão, o crescimento demográfico nesta cidade se deve, em grande medida, a um duplo movimento: de uma parte, famílias que estão sendo expulsas do centro da metrópole pelos mercados fundiários e imobiliários e, de outra parte, uma população que está em busca de parâmetros possíveis de mobilidade social ascendente – a casa própria, ainda que em uma periferia distante do local de trabalho e com mínima ou nenhuma infraestrutura urbana.

A renda per capita no município é bastante inferior ao vizinho Niterói e menor também em relação ao estado. De acordo com dados apresentados pelo Mapa do Fim da Fome II (FGV/IBRE/CPS, 2003), cerca de um quinto da população gonçalense vivia abaixo da linha de miséria em 2000 (tabela 2).

Tabela 2 – Renda per capita e Percentual da população abaixo da linha de miséria\* em municípios selecionados e no estado do Rio de Janeiro, 2000.

<b>Localidades</b>	<b>Renda Per capita (R\$1,00)</b>	<b>Percentual de miseráveis</b>
São Gonçalo	268,79	20,29
Niterói	809,18	11,07
Estado do Rio de Janeiro	413,94	19,45



Fontes: PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE, 2003 e CPS/IBRE/FGV, 2003 – a partir dos micro-dados do Censo Demográfico 2000 (\*) Refere-se a menos de R\$80,00 reais por pessoa ao mês, a preços da Grande São Paulo de julho de 2001

Este percentual é relativamente baixo quando comparado à proporção de miseráveis em outros municípios brasileiros. No entanto, como lembram Rocha & Albuquerque (2003), é preciso salientar que, dado o porte demográfico da cidade, esta porcentagem implica em um expressivo contingente populacional: no caso de São Gonçalo, um número superior a 180 mil habitantes.

## **Capítulo 2 – METODOLOGIA E DESENHO DA PESQUISA**

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1996,).

O objetivo da etapa qualitativa é investigar, de forma profunda, a opinião de um dado público com relação a um produto, bem ou serviço. Os resultados não serão baseados em dados numéricos, mas em depoimentos e informações dos pesquisados. Conforme Giovinazzo, a pesquisa qualitativa é útil para firmar conceitos e objetivos a serem alcançados e dar sugestões sobre variáveis a serem estudadas com maior profundidade. (Giovinazzo, 2001).

Por se preocupar mais com a compreensão abrangente e profunda do grupo social do que com a generalização dos dados, o critério que define a amostra da pesquisa qualitativa não é numérico. A seleção privilegia os indivíduos com atributos que o pesquisador deseja conhecer e o número de pessoas que compõe a amostra é considerado suficiente quando há reincidência de informações, sem deixar de considerar, entretanto, informações ímpares com explicações que devem ser levadas em conta (Minayo, 1993)

Do ponto de vista epistemológico, a abordagem quantitativa não é mais científica do que a qualitativa. De que adianta ao investigador utilizar instrumentos altamente sofisticados de mensuração quando estes não se adéquam

à compreensão de seus dados ou não respondem a perguntas fundamentais? Ou seja, uma pesquisa, por ser quantitativa, não se torna "objetiva" e "melhor", ainda que se prenda à manipulação sofisticada de instrumentos de análise, caso deforme ou desconheça aspectos importantes dos fenômenos ou processos sociais estudados. Da mesma forma, uma abordagem qualitativa em si não garante a compreensão em profundidade (Minayo, 1993)

A pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir sua representatividade. Porém, durante o processo da investigação, em função da proximidade que se cria entre pesquisador e sujeitos, é possível chegar à amostra adequada quando se apreende a variedade de manifestações do fenômeno, embora se deva reconhecer que esse jamais se mostrará em sua totalidade, mas emerge por diferentes perspectivas. De acordo com esse pressuposto, neste estudo, não foi prevista uma amostragem a priori, tendo sido adotado o critério de saturação das falas (Minayo, 1996) para definição do número médicos que fizeram parte do grupo investigado.

A autorização para participar da pesquisa foi expressa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 2), recomendado para pesquisas com seres humanos pela Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1998). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Antônio Pedro.

## **2.1. GRUPO FOCAL NA PESQUISA QUALITATIVA**

Para Fern (2001), há duas orientações quanto ao uso de grupos focais: a primeira é teórica e tem como objetivo a produção de conhecimento científico e a segunda é prática, e se destina à utilização dos dados em contextos específicos para a intervenção e tomada de decisões.

Segundo Morgan (1987; 1996), há três perspectivas no uso de grupos focais, que se diferenciam quanto à centralidade desta técnica para vir a responder ao problema da pesquisa. A primeira perspectiva é a do grupo focal auto-suficiente (self-contained), que considera a técnica como principal fonte de dados, por revelar aspectos oriundos dos processos de interação grupal, que não são facilmente acessíveis pela técnica de entrevista individual. Os dados obtidos são suficientes

para dar resposta ao problema da pesquisa. A segunda perspectiva descreve o uso dos grupos focais como fonte preliminar de dados. Neste caso, os grupos focais atendem a finalidades exploratórias e servem para dar subsídios para a criação de itens de instrumentos (escalas, questionários, etc.) e para a realização de pré-testes. A terceira e última perspectiva é aquela que concebe a técnica como associada a outros métodos. Neste caso, os grupos focais são combinados a dois ou mais instrumentos de coleta de dados, com o objetivo da triangulação, ou seja, avaliar as possibilidades de se chegar a conclusões similares ou complementares partindo de um único objeto de estudo complexo. Para essa pesquisa em particular será utilizada a terceira perspectiva, a da triangulação de métodos

### **Técnicas de construção de dados**

Utilizou-se, como técnica de coleta de dados, a entrevista em profundidade do tipo semi-estruturada com os Médicos e Grupo Focal com os usuários.

*“O que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.”*

**(Minayo, 1996:109-110).**

## REFERÊNCIAS

1. Álvares, LIM; Oliveira, A relevância dos conhecimentos sobre nutrição no desempenho clínico -estudo de opinião médica Real/Peso da Régua. Centro Hospitalar de Vila Vila Real, 2007
2. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução n. 18*, de 30 de abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico que Estabelece as Diretrizes Básicas para Análise e Comprovação de Propriedades Funcionais e ou de Saúde Alegadas em Rotulagem de Alimentos. Brasília, 1999c.
3. \_\_\_\_\_. Alimentos com Alegações de Propriedades Funcionais e ou de Saúde, Novos Alimentos/Ingredientes, Substâncias Bioativas e Probióticos. 2005 Disponível em <URL: <http://www.anvisa.gov.br/alimentos/comissoes/tecno.htm>.>
4. Arouca, Sérgio. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Rio de Janeiro; UNESP/FIOCRUZ. Cap. III “A emergência da Medicina Preventiva”, Págs.111 a 112.
5. Batista Filho, Malaquias and Rissin, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19
6. **Bazzano LA, Serdula MK, Liu S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Report*. 2003; 5(6):492-499.**
7. Bianco, AL. A construção das alegações de saúde para alimentos funcionais Brasília, DF : Embrapa Informação Tecnológica, 2008.
8. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc saúde Coletiva* 2000; 5:163-77.
9. \_\_\_\_\_. **A Promoção da Saúde no Desenvolvimento sustentável**, trabalho apresentado no I Seminário Institucional de Promoção de Saúde- SESC/RJ, 2 a 5 de Dezembro de 1997.
- 10.
11. Bidlack, WR; Wang, W. Designing functional foods. In: Shils, ME; Olson, JA; Shike, M; Ross, CA. eds. *Modern Nutrition in Health and Disease*.1999
12. Brandão, André Augusto Pereira, 2002. Os novos contornos da pobreza urbana: espaços sociais periféricos na região metropolitana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UERJ. Tese de doutorado
13. Brasil (Ministério da Saúde).*Guia Alimentar para a População Brasileira*. Manual Técnico. Brasília (DF); 2005a
14. Ceccim, Ricardo e Feuerwerker, Laura C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social, in *PhysisS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.
15. Colli C. - Nutracêutico é uma nova concepção de alimento.*Notícias SBAN* 1998;1:1-2.

16. Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003
  17. Fern, E. F. Advanced focus group research. California: Thousand Oaks, 2001.
  18. Flandrin J-L, Montanari M. Hoje e amanhã. In: Flandrin JL, Montanari M, organizadores. *História da Alimentação*. São Paulo (SP): Estação Liberdade; 1996. p.863-869.
  19. Garcia LJ. *Comer como Deus Manda*. Lisboa (POR): Editorial Notícias; 2000.
  20. Giovanazzo, Renata A. Focus Group em Pesquisa Qualitativa. Artigo, Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado FECAP, 2001. p.1. Disponível em: <[http://www.fecap.br/adm\\_online/art24/renata2.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art24/renata2.htm)>. Acesso em: set. 2010.
  21. Gonçalves, R B M- Práticas de saúde- processos de trabalho e necessidades. São Paulo: secretaria municipal de saúde 1992.
  22. Hasler, C. M. Functional foods: their role in disease in: developing new food products for a changing prevention and health promotion. *Food Technology*. v. 52, n. 2. p. 57-62, 1998.
  23. Hidaka, H. Effects of fructooligosaccharids on intestinal flora and human health. *Bifidobacterium Microflora*, Toio, v.5, p.37-50, 1986.
  24. IMeN- Instituto de Metabolismo e Nutrição  
[p://www.nutricaoclinica.com.br/content/view/729/16/](http://www.nutricaoclinica.com.br/content/view/729/16/) acesso em: 22/01/2009
  25. ADA- Journal of THE American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Functional foods. *Am J Diet Assoc*. 2004;104:814-826.
  26. Lago, Luciana Corrêa do, 2000. *Desigualdade e segregação na metrópole: o Rio de Janeiro em tempo de crise*. Rio de Janeiro: Revan – FASE
  27. Lessa I, organizadora. *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo (SP): Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.
  28. Levenstein HA. Dietética contra gastronomia: tradições culinárias, santidade e saúde nos modelos de vida americano. In: Flandrin JL, Montanari M, organizadores. *História da Alimentação*. São Paulo (SP): Estação Liberdade; 1996. p.825-838.
  29. Lewin ZG. A criança, os comerciais de televisão e a cultura alimentar: uma análise crítica. *Educ. Soc*. 1992; 43:504-522.
  30. Malta, Débora Carvalho- Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022 *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011
- Menezes F. O conceito de segurança alimentar. In: ActionAid Brasil. *As faces da pobreza no Brasil: programa de trabalho*. Rio de Janeiro (RJ): ActionAid Brasil; Março 1999. p.59-112.

31. Mendonça CP; Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(3):698-709.
32. Minayo, Maria Cecília de Souza.(Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 5ª Ed, Petrópolis: Vozes, 1996.
33. Mintz, Sidney W.. Comida e antropologia: uma breve revisão. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. São Paulo, v.16, no. 47. out. 2001, p.31-42.
34. Morgan, David L. Focus group as a qualitative research. *Qualitative Research Methods Series*. 16. London: Sage Publications, 1987.
35. \_\_\_\_\_. Focus groups. *Annual Review of Sociology*. 22, pp.129-152,1996.
36. NLEA- Nutrition Labeling and Educacion Act. USC 343 (r)(3)B(i) implemented at 21 CFR, 1994
37. Oliveira, Rosemaura Martins de, 2002. Movimento Comunitário em São Gonçalo de 1978 a 1988: fluxo e refluxo. São Gonçalo: Faculdade de Formação de Professores/UERJ.Monografia de conclusão de curso de Licenciatura Plena em História.
38. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital. 2005.
39. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF): Formatos Design, 2004.
40. Passos, LML; Park, YK. Frutooligossacarídeos: implicações na saúde humana e utilização em alimentos *Ciência Rural*, Santa Maria, v.33, n.2, p385-390, 2003
41. PNUD/IPEA/Fund. João Pinheiro/IBGE – Novo Atlas do Desenvolvimento Humano, 2002.Disponível na homepage [www.pnud.org.br](http://www.pnud.org.br). Acesso em setembro de 2009.
42. Rao AV, AGARWAL S. Bioavailability and in vivo antioxidant properties of lycopene from tomato products and their possible role in the prevention of cancer. *Nutr Cancer* 1998; 31(3):199-203.
43. Riboli E, Norat T. Epidemiologic evidence of the protective effect of fruit and vegetables on cancer risk. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2003; 78(3 Suppl):S559-569.
44. Roberfroid, M. Functional food concept and its application to prebiotics. *Digestive and Liver Disease*. v. 34, Suppl. 2, p. 105-10, 2002-
45. Roberfroid MB. What is beneficial for health? The concept of functional foods. *Food Chem Toxicol*. 1999;37:1039-1041
46. Rocha, Sônia & Albuquerque, Roberto Cavalcanti de, 2003. Geografia da pobreza extrema e vulnerabilidade à fome. Paper apresentado no Seminário Especial Fome e Pobreza. Rio de Janeiro: INAE. Disponível em <http://www.inae.org.br>.
47. Rodríguez, M. B. S.; Megías, S. M.; Baena, B. M. Alimentos Funcionales y Nutrición óptima. *Revista da Espanha de Salud Pública*. v. 77, n. 3, p. 317-331, 2003.

48. SBH- Sociedade Brasileira de Hipertensão. <http://www.sbh.org.br/> acesso em 25/01/2009
49. Schiffman SS. Fisiologia do paladar. *Anais Nestlé* 1999; 57:1-11.
50. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-1961.
51. Senna, Monica de Castro Maia- Racionalidade técnica e lógica política: um estudo sobre o processo de implantação do Programa Saúde da Família em São Gonçalo – RJ 2004
52. Si fontes MZM, Dehol lain PL. Efecto de los medios de comunicacion social el la adquisición de alimentos a nivel familiar. *Arch Latinoam Nutr* 1986; 36 (1): 166-86.
53. Sorcinelli P. Alimentação e saúde. In: Flandrin JL, Montanari M, organizadores. *História da Alimentação*. São Paulo (SP): Estação Liberdade; 1996. p.792-805.
54. Westphal, M.F; Bogus, CM; Mendes, R. Akerman, M e Lemos, MS A Promoción de Salud em Brasil In: Arroyo, H, V. **La promoción de la salud em América Latina: modelos, estructuras y vision crítica**, 1ª ed, Universidad de Puerto Rico, 2004.
55. Westphal, M.F, Motta, R.M.M., Bogus, C. M. Contribuição para Formação de uma Rede brasileira de Municípios Saludables **Jornal do Conasems**, Agosto de 1998.
56. Wonca Europa. A definição europeia de medicina geral e familiar (clínica geral/medicina familiar), 2002. Disponível em: <<http://sbmfc.org.br>>. Acesso em: 30 jun. 07
57. **World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.**
58. \_\_\_\_\_. (WHO)Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

## Capítulo 3 – RESULTADOS

A seção seguinte contém os resultados que pretendem responder às interrogações propostas nesta investigação.



## Concepções de Médicos do PSF sobre alimentação funcional na prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Lima, FPSA<sup>1</sup>, Corvino MPF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Mestranda de Saúde Coletiva- Instituto Saúde da Comunidade(ISC), Universidade Federal Fluminense(UFF) Niterói, Rio de Janeiro. 24400-230, Brasil.<sup>2</sup> Professor adjunto-ISC/UFF

### **RESUMO**

**Objetivo:** o objetivo deste estudo é averiguar os conhecimentos e as práticas do médico do programa Saúde da Família, em relação aos alimentos funcionais. **Método:** É uma pesquisa de caráter qualitativo, desenvolvida a partir de entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados 14 médicos do Programa de Saúde da Família de Niterói e São Gonçalo. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra, transcritas e analisadas a partir das categorias: formação profissional e prática profissional em relação à alimentação. **Resultados:** Observa-se que os profissionais de saúde tiveram pouca ou nenhuma informação sobre nutrição. Os mesmos apresentam dificuldades para se manterem atualizados e desconhecem os materiais produzidos pelo MS. Em relação à prática profissional, percebe-se que os profissionais, apesar de considerarem importante que seja feito o controle das doenças crônicas não transmissíveis, eles não costumam prescrever tais alimentos. **Conclusão:** Pode-se observar que muitos dos profissionais de saúde aqui estudados, por não terem conhecimento sobre alimentação funcional, acabam não a executando. Em relação à alimentação funcional, demonstra-se a necessidade de maior divulgação dos materiais produzidos e, sobretudo, de investimento em educação permanente dos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Alimentos Funcionais. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Profissionais de saúde

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to ascertain the knowledge and physician practices Family Health Program, in relation to functional foods. **Methods:** It is qualitative research work developed after semi-structured interviews. Fourteen doctors from the Family Health Program of Niteroi and Sao Goncalo were interviewed. All interviews were recorded, transcribed and analyzed according to the following categories professional formation and professional practice in relation to food. **Results:** Health professionals had little or no information on nutrition. It is difficult for them to get updated and they are not aware of the materials produced by the Health Ministry. As for professional practices it is clear that the professionals, although they consider important to be made the control of chronic diseases, they do not usually prescribe them. **Conclusion:** It may be noted that many health professionals studied here because they have no knowledge of functional food, just not running. In relation to food Functional, demonstrates the need for broader dissemination of materials produced and especially investment in continuing education of health professionals.

**Key words:** Functional Foods. Chronic Noncommunicable Disease. Health Professionals Feeding Practices. Children..

## 1. Introdução

Os principais fatores de risco para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, (Malta *et al*, 2006) responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial, pelo colesterol alto e ainda, pelo alto índice de neoplasias.

Como resposta ao desafio das DCNT, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a alimentação, através do incentivo ao aleitamento materno ao lado do Guia de Alimentação Saudável, da rotulagem dos alimentos e dos acordos com as indústrias para a eliminação das gorduras trans, e recentemente, para a redução de sal nos alimentos. (Brasil, 2011)

Dentro do contexto alimentação, surgem os “alimentos funcionais”, lançados no Japão através de um programa de governo que tinha como objetivo desenvolver alimentos saudáveis para uma população que envelhecia e apresentava uma grande expectativa de vida (Colli, 1998).

A Atenção Primária, enquanto modelo de atenção à saúde, preconizado marcadamente a partir da Conferência Internacional da OMS em 1978, tem como locus privilegiado uma rede básica (posto ou centro de saúde), local adequado para o desenvolvimento de ações de prevenção primária da doença e de promoção à saúde. A estratégia principal de organização de serviço na atenção básica é o Programa de Saúde da Família (PSF), com uma equipe multiprofissional, que é o ideal no enfrentamento das doenças crônicas, mostrando ser a situação mais adequada para a abordagem dessas doenças. (Starfield, 2005)

O Ministério da Saúde (MS) acredita que "por seus princípios, o PSF é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na Saúde Pública no Brasil". (Brasil, 2000). O Ministério ainda alerta, que, o modelo de atenção preconizado pelo PSF já foi implantado em outros países como o Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos agravos encontrados. Além disso, o programa possibilita uma forte interação entre o MS, estados, municípios e comunidades.

O objetivo desse estudo foi investigar os conhecimentos e práticas dos Médicos do Programa Saúde da Família sobre os Alimentos Funcionais nos municípios de Niterói e São Gonçalo.

O município de Niterói (RJ) tem 479.384 habitantes e o seu sistema de saúde é hierarquizado por grau de complexidade, tendo como porta de entrada da

população o Programa Médico de Família (30% de cobertura) e as unidades básicas de saúde (70% de cobertura) que estão articulados com policlínicas regionais que fornecem serviços de especialistas. A cidade é dividida em 06 Regionais que podem referenciar os pacientes para unidades mais especializadas (policlínicas de especialidades) ou para Maternidades e Hospitais Municipal, Estadual e Universitário (Hospital Universitário Antônio Pedro- UFF).(Alvarez, 2011)

Já o município de São Gonçalo tem 1.008.064 habitantes (IBGE, 2011) e a proposta de implantação do PSF em São Gonçalo surge como uma inovação comparativamente às diversas experiências em curso no país, por tratar-se de um município de grande porte localizado em região metropolitana, com características marcadamente urbanas e com indicadores epidemiológicos e sociais dramáticos.

## **2. Método**

A pesquisa apresentou caráter qualitativo, utilizando como estratégia para a coleta de informações, a realização de entrevistas semi-estruturadas. Este tipo de entrevista é uma ferramenta da metodologia qualitativa que combina perguntas estruturadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, a partir do estímulo do pesquisador, mas sem que este imponha condições prefixadas (Minayo, 2000).

Esta pesquisa foi desenvolvida entre fevereiro e abril de 2012, considerando a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde. Dos 16 médicos abordados, 14 participaram da entrevista, sendo duas recusas.

Escolheu-se trabalhar com profissionais dos municípios de Niterói e São Gonçalo, situados no Estado do Rio de Janeiro. Para a seleção da amostragem, foram seguidas as recomendações de Minayo (2000), que considera a definição do grupo mais relevante, no caso específico, profissionais generalistas envolvidos com a comunidade em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa, com possibilidade de inclusão progressiva e esgotamento da amostragem até o completo delineamento do quadro empírico (saturação da fala).

O gravador foi usado como instrumento para coleta de dados, porque as informações coletadas de forma escrita pelo pesquisador não são tão fidedignas quando comparadas aos dados coletados por intermédio de um gravador (Ichisato, 2001). Este instrumento facilitou à pesquisadora retornar à fonte registrada para checar as informações, obter novas conclusões e reestudar a análise elaborada.

Para a análise do material coletado, optou-se por trabalhar com categorias estabelecidas por meio da leitura exaustiva das entrevistas, nas quais se reconheceram tópicos, temas e padrões relevantes para a compreensão do objeto de investigação. E, a fim de manter preservada a identidade dos participantes, optou-se por trabalhar com a sigla MED para identificar as falas dos médicos.

Antes de ser iniciada cada entrevista foi feita uma breve explicação sobre os objetivos da pesquisa, e os médicos eram então consultados quanto à gravação das discussões, lembrando que elas não seriam divulgadas e serviriam apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e autorização dos mesmos.

A autorização para participar da pesquisa foi expressa por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, recomendado para pesquisas com seres humanos pela Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1998). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Antônio Pedro.

### 3. Resultados e Discussão

Dos 14 profissionais de saúde que participaram desta pesquisa 3 são pediatras, 4 clínicos gerais, 1 ginecologista, 2 gastrologistas, 1 otorrino e 4 são médicos de família. O tempo médio de formado desses profissionais é de 17 anos (mínimo de 6 meses e máximo de 51 anos). Quanto à participação em curso de pós graduação, observou-se que apenas 4 fizeram especialização ou residência em saúde da família.

Após a análise das entrevistas, pôde-se observar que quando indagados se tinham informações sobre alimentação funcional, os profissionais em geral relatam que tinham pouca ou nenhuma informação:

*Não, não conheço, a gente ouve falar, trazem algumas coisas, mas não conheço..” (MED 3)*

*Não, acho que não, talvez já tenha ouvido mas com outras palavras, o que é alimentos funcionais? (MED 2)*

*Sei do que se trata, já ouvi falar... mas conhecer, conhecer, não! (MED 10)*

Boog (1999a) descreveu em seu estudo as dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros para abordar problemas alimentares observando que a maioria dos médicos não estudou nutrição e considera seus conhecimentos deficientes. Este achado coincide com o de Silva et al (2002), que em estudo sobre concepção de profissionais de saúde sobre alimentação saudável, realizado a partir

de entrevistas e questionários com os mesmos, revelaram que alimentação saudável é um tema que está muito disseminado, mas para o qual não se sentem suficientemente preparados.

Todavia, surge um fato curioso, identificado nas falas dos dois médicos mais antigos, onde eles afirmam saber o que são os alimentos funcionais, mas fica constatado nas suas falas uma certa contradição.

*Eu tenho noções passadas por minha amiga pessoal, que é uma nutricionista. (...) eu realmente não tenho como entender como os alimentos podem evitar determinados tipos de enfermidades (MED 7)*

*Ah sempre se ouve neh? Tem-se palestras e a gente sempre fica sabendo de alguma coisa, ainda mais eu como pediatra, a gente fica sabendo quais as farinhas e tal. Tudo porque a mãe quer um filho gordo! (MED 11)*

Quando questionados sobre a preferência em atualização científica, dos 14 entrevistados, 9 deram maior pontuação para os sites de sociedades e órgãos, seguidos pelos congressos. Acredita-se que essa maior pontuação para os sites seja devido à facilidade e comodidade que a internet oferece como podemos ver nas seguintes falas:

*Ahhh com a facilidade da internet, uso bastante. (MED 6)*

*Ahhh eu entro pra caramba! Toda hora, sempre que dá um tempo entre uma consulta e outra eu to aqui com meu computador do lado e vou vendo as coisas pra me atualizar. (MED 12)*

Boog (1999b), ao discutir a educação nutricional nos serviços públicos de saúde, relata que três podem ser as fontes de informação e atualização, com relação à vivência profissional, a saber: leituras, instituições profissionais, além da própria experiência prática. Seu estudo mostra que as enfermeiras colocam em primeiro lugar as leituras, vinculadas à necessidade de atendimento a pacientes portadores de patologias específicas. Mas tanto médicos quanto enfermeiras relatam ter dificuldades para encontrar material sobre nutrição adequados aos problemas relativos à alimentação que se apresentam na prática profissional.

Todos esses achados nos mostram o quanto o tema nutrição é complexo e o quanto os profissionais que acabam lidando diretamente com o assunto não se sentem preparados para orientações mais específicas nesta área. Outra questão importante de ser ressaltada é a falta de apoio dos serviços para que os profissionais participem de encontros de atualização.

*Comparecer em congresso é muito difícil e pelo dia a dia é difícil sair daqui. Primeiro que tem que ter autorização pra sair daqui e às vezes o congresso é sexta, sábado e domingo e aí fica difícil também (MED 13)*

*Eu amo congressos, mas já faz mais de um ano que não vou porque aqui nós não temos incentivo, entende? (MED 2)*

Apesar de o Ministério da Saúde ter produzido uma série de documentos, percebemos que estes não chegam aos profissionais. Pelo estudo, notamos que dos 14 profissionais entrevistados, nenhum comentou sobre o material do Ministério da Saúde – *Dez Passos para uma Alimentação Saudável: Guia Alimentar para População* – quando na verdade o material foi publicado para auxiliar a prática desses profissionais. Identificamos, pela fala abaixo, que os profissionais utilizam mais do que a formação teórica, recorrendo também à sua experiência.

*É um pouco da minha experiência diária associado à troca de informação com outros profissionais. (MED 9)*

*(...) Temos um grupo de médicos e nos reunimos uma vez por mês pra gente se atualizar (MED 1)*

Ciconi et al.(2004), em seu estudo, destacam que o Programa de Saúde da Família foi criado com o intuito de integrar os princípios do Sistema Único de Saúde com a comunidade, trabalhar com uma concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida, permitindo uma aproximação entre as pessoas, com isso humanizando a assistência e estabelecendo uma nova relação entre profissionais da saúde e a comunidade. O programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua.

Mais uma vez, percebe-se o quanto ainda é insuficiente a formação dos profissionais e, por consequência, a orientação para os usuários, quanto à alimentação saudável.

Um achado importante e que deve ser considerado diz respeito à frequência das doenças, nas unidades, onde as falas apontam para um alto nível de estresse devido à violência.

*(...) A gente mora junto com a boca neh? (...) as pessoas vêem crianças tomando surra, garotos de 14, 15 anos sendo espancado, eles quebram braço, já viram matar pessoas aqui. O meu posto atende mais ali pra dentro da Covanca entendeu? Tem o morro chamado Morro da Coruja que é meu também que lá tem baile funk, a polícia sobe pra pegar dinheiro. De vez em quando tem tiroteio, é muito estresse. (MED 2)*

*Aqui o estresse é por causa da violência, tráfico, por conta de filho com dependência química. Um grade número aqui é de parentes que perde alguém por causa do tráfico! E quando tem tiroteio, no dia seguinte tem uma fila de hipertenso aumenta por aqui (MED 12)*

Quando questionados sobre a quem cabe passar a orientação sobre alimentos funcionais, todos disseram que caberia tanto ao nutricionista quanto ao

médico e, alguns entrevistados estenderam essa orientação para toda a equipe incluindo os enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde.

*Eu acho que é de ambos e de outros, (...)os pacientes chegam aqui: não doutora eu não como isso não! Mas o ACs quando vai nas casas, ele vê, ahhh toda vez que eu vou lá ele me dá um pedaço de bolo, me dá um tobi, então você sabe que essa pessoa tem em casa e ela provavelmente come essas coisas Também. Então eu acho que se eles fossem capacitados junto com os médicos os enfermeiros acho que isso teria um resultado muito maior, então é função do médico, é do ACs e é do nutricionista, com certeza é de todo mundo! (MED 2)*

*Todos deveriam saber, agente comunitário, médico, enfermeiro. Todos sem exceção! Por que se só o médico falar eles não caem muito no crédito.. Então se eles ouvem um falando aqui outro ali, uma horas eles vão parar e pô alguma coisa tem nesse alimento. (MED 10)*

*(...) eu acho fundamental que o agente participe também, entendeu? Eu chamo às vezes os agentes e falo, vocês são o olhar da gente lá fora. (...) E o que é muito legal é que nêgo aqui não come NADA! Nêgo aqui é um espetáculo! Aí tu chega na hora do almoço do sujeito. Pô tu não tem idéia do que que é o almoço dele. Primeiro que eles comem em bacia, coisa que eu nunca tinha visto, sabe aquela bacia de lavar roupa? Eles comem ali e isso as vezes no café da manhã (...)(MED 12)*

Ao observar as entrevistas feitas para o presente estudo, podemos notar que o principal motivo para nunca recomendar um alimento funcional seria porque são muito caros, e em segundo lugar pelo sabor.

*Ahhh eu acho que é a questão da grana, mas mesmo assim, se eu tiver comprovação científica de que isso faz bem. eu aconselharia! Eu falo olha, isso é importante você tem que investir e tem uma frase que eu uso muito aqui – é melhor investir no armazém do que investir na farmácia eu sempre falo muito isso aqui com eles, mas a questão econômica pesa muito.(MED 2)*

*Olha o principal seria porque é muito caro, agora em relação ao sabor, bem o sabor não é aceito por pacientes. (...) Não pode fugir do padrão senão eles não comem. (MED 2)*

Identificamos na última questão abordada, que nenhum médico até então havia prescrito algum tipo de alimento funcional, todavia se mostraram interessados em buscar mais conhecimentos.

*Ainda não prescrevi, mas irei prescrever. Nós precisamos estar andando junto com a nutrição pra sabermos fazer da forma correta (MED 1)*

*Nunca prescrevi mas tenho vontade de passar a prescrever só que para isso gostaria de me sentir mais segura, de obter mais informações a respeito. (MED 9)*

*Não, especificamente e u não prescrevo não! mas é interessante a gente procurar melhorar neh Como eu te falei a gente não tem sempre a*



*nutricionista pra fazer esse atendimento aqui então agente acaba tendo que falar neh? (MED 13)*

#### **4. Conclusão**

O Brasil vem avançando na proposição de políticas públicas, programas e projetos de saúde que orientam o atendimento das necessidades de grupos diferenciados. Como exemplos, podemos citar a Política de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Em todas está explícita a necessidade ou de se atentar para a manutenção e promoção de uma alimentação saudável e/ou a necessidade da educação permanente de profissionais de saúde como forma de garantir a qualificação das ações e maior eficácia das intervenções. Acreditamos que é preciso, ainda, um maior esforço dos sistemas locais para que as propostas existentes passem a se tornar práticas efetivas, e um dos pontos a serem perseguidos se refere ao investimento na capacitação das equipes de saúde.

Pode-se observar que muitos dos profissionais de saúde aqui estudados acabam não executando as práticas de uma alimentação saudável. Por isso existe a necessidade de maior divulgação dos materiais educativos criados pelo Ministério da Saúde e apoio aos profissionais, preferencialmente mediante processos de educação permanente. O que se pode perceber é que muitos deles se sentem inseguros, ou mesmo incapazes de fazer tal orientação corretamente. Ainda que não objeto desta investigação, mesmo havendo equipe multiprofissional competente nessa área, defende-se a apropriação de conhecimentos essenciais em alimentos funcionais de todos para divulgação aos usuários do SUS.

## 5. REFERÊNCIA

1. Alvarez M. M.- O enfrentamento das Doenças Crônicas no Rio de Janeiro- Sociedade Brasileira de Diabetes 2011 <http://www.diabetes.org.br/sala-de-noticias/2002-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-no-rio-de-janeiro?format=pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil- 2011 a 2022- Brasília, 2011 acessado pelo link [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano\\_acoes\\_estrategicas](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/plano_acoes_estrategicas)
3. \_\_\_\_\_. *Programa Saúde da Família*. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 316-9,
4. Boog, M.C.F. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Revista de Nutrição*, v. 12, n. 3, p. 261-272, set-dez 1999(a).
5. Boog, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, v. 15, n. supl. 2, p. 139-147, 1999(b).
6. Ciconi, R. C. V.; Venancio, S. I.; Escuder, M. M. Avaliação dos conhecimentos de equipes do Programa de Saúde da Família sobre o manejo do aleitamento materno em um município da região metropolitana de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, v. 4, p. 193-2002; 2004.
7. Colli C. - Nutracêutico é uma nova concepção de alimento. Notícias SBAN 1998;1:1-2.
8. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- 2011. acessado pelo link [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1961&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1961&id_pagina=1)
9. Ichisato, S. M. T.; Shimo, A. K. K. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 5, n. 9, p. 70-76, 2001.
10. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Júnior JB. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006; 15(1):47-65.
11. Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.
12. Silva, D. O.; Recine, E. G. I. G.; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, p. 1.367-1.377, 2002.
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502

## **Grupo focal: Estudo comparativo com usuários do Sistema Único de Saúde de dois Municípios do Rio de Janeiro**

Lima FPSA<sup>1</sup>, Corvino MPF<sup>2</sup>.

*1 Mestranda de Saúde Coletiva- Instituto Saúde da Comunidade(ISC), Universidade Federal Fluminense(UFF) Niterói, Rio de Janeiro. 24400-230, Brasil. <sup>2</sup> Professor adjunto-ISC/UFF*

### **RESUMO**

**Introdução:** O presente trabalho tem como objetivo averiguar a aceitabilidade dos usuários do sistema único de saúde (SUS) frente aos alimentos funcionais. Usou-se como metodologia a técnica de grupo focal, onde realizou-se um estudo comparativo entre dois municípios do Rio de Janeiro.

**Resultados:** incluíram-se no estudo 20 participantes. Compararam-se os resultados obtidos quanto às respostas apresentadas pelos distintos grupos. Analisaram-se as opiniões sobre as facilidades e dificuldades para seguir as possíveis orientações do profissional de saúde.

**Conclusão:** Mostrou-se que a aceitabilidade de um novo alimento está diretamente ligada ao sabor que esse alimento possui.

**Palavras-chave:** Aceitabilidade, alimento, grupo focal

### **ABSTRACT**

**Introduction:** This study aims to assess users' acceptability of the health care system (SUS) in relation to functional foods. Was used as methodology. the focus group technique, which was carried out a comparative study between two cities of Rio de Janeiro.

**Results:** included in the study 20 participants. We compared the results obtained for answers provided by different groups. We analyzed the views on the facilities and difficulties to follow the possible orientations of the health professional.

**Conclusion:** It was shown that the acceptability of a novel food is directly linked to taste that food has.

**Keywords:** acceptability, food, focus group

## 1. Introdução

O Programa Saúde da Família (**PSF**) emerge em 1994 no cenário Nacional e desde o final da década de 1990 vem sendo assumido pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde no país. Em 2004, o PSF abrangia 80,2% (4.492) dos municípios brasileiros, cobrindo 36,4% (63.655.488) da população.

A difusão de equipes de saúde da família por todo o país resulta de experiências municipais exitosas, como no caso do Programa Médico de Família de Niterói (**PMF**), iniciado em 1992 (Senna, 2002) e da forte indução pelo MS, seja por incentivos financeiros (Piso da Atenção Básica), ou por intensa emulação e divulgação de normas, objetivos e resultados.

As recomendações que buscam a prevenção das doenças se baseiam em padrões alimentares semelhantes àqueles utilizados tradicionalmente em muitas regiões do mundo que possuem uma cultura alimentar consolidada e onde as pessoas não convivem com situações de insegurança alimentar e nutricional. Essas dietas são compostas de fibras alimentares, gorduras insaturadas, vitaminas, minerais e outros componentes bioativos que lhe atribuem uma característica funcional. As dietas referidas incluem baixos teores de gorduras saturadas, açúcares e sal, e é um padrão alimentar que deveria ser seguido desde a infância, a partir dos seis meses de vida, até a fase adulta e a velhice (Brasil, 2006a).

As dificuldades para se motivar os indivíduos a alterar o seu consumo alimentar têm sido muito estudadas, devendo-se considerar a gama de fatores envolvidos nesse comportamento. Uma das maiores barreiras para a prática de mudanças na dieta é a crença de que não há necessidade de alteração dos hábitos alimentares, decorrente, na maioria das vezes, de uma interpretação errada do próprio consumo. Há uma tendência dos indivíduos, especialmente entre aqueles com dietas inadequadas, serem muito otimistas quanto aos aspectos saudáveis de sua alimentação (Brug *et al*, 1996). Estudo realizado com 14.331 indivíduos a partir de 15 anos de idade da União Européia mostrou que mais de 70% destes afirmaram não ser necessário alterar seu consumo alimentar, tendo em vista que julgavam sua alimentação como suficientemente saudável (Kearney M *et al*, 1997).

Contudo, restam dúvidas quanto aos reais meios que a população dispõe para avaliar sua própria dieta e se as supostas alterações dietéticas realizadas para a adoção de hábitos saudáveis correspondem às recomendações dos guias alimentares. Tal fato é sustentado também pelo aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis associadas à alimentação,

quadro característico da transição nutricional que ocorre em todo o mundo (Popkin, 2001).

Esses dados representam um desafio para os profissionais de saúde em relação à busca de intervenções de sucesso, as quais sejam capazes de mobilizar os indivíduos para a adoção de práticas alimentares saudáveis. Um dos determinantes para que os indivíduos levem em consideração os comportamentos relacionados à saúde é a percepção e a convicção do indivíduo de que a ação recomendada reduziria a ameaça à sua saúde (Assis, 1999). Pode-se inferir, portanto, que reconhecer a necessidade de alteração dos hábitos alimentares é um requisito fundamental para iniciar uma mudança dietética.

Dessa forma este estudo visa identificar a aceitabilidade de novos alimentos por parte dos usuários do PSF reconhecendo que a mudança de hábitos alimentares é um fator determinante na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

## **2. Método**

É um estudo qualitativo no qual foi utilizada a técnica de grupo focal para a coleta de dados.

O Grupo Focal ou Grupo Foco (GF) tem sido utilizado em pesquisas qualitativas com o objetivo de coletar dados através da interação grupal. Segundo Charlesworth e Rodwell (1997), o GF é, especialmente, utilizado em delineamento de pesquisas que consideram a visão dos participantes em relação a uma experiência ou a um evento. Busca-se obter a compreensão de seus participantes em relação a algum tema, através de suas próprias palavras e comportamentos

### ***Seleção dos participantes***

Como se trata de duas comunidades integradas ao Programa Saúde da Família, as agentes comunitárias se encarregaram de fazer o convite aos usuários com uma semana de antecedência, os quais foram devidamente esclarecidos sobre o tema e os objetivos da pesquisa.

Embora sejam de uma mesma comunidade, trata-se de um grupo heterogêneo.

Participaram do grupo focal realizado no município de Niterói (GF1), 9 pessoas e no grupo focal de São Gonçalo (GF2) 11 pessoas dentro do recomendado por Krueger.(Krueger,1996)

Em ambos os grupos o debate ocorreu na sala de reuniões da equipe, sendo um local de fácil acesso para todos, confortável, claro, sem ruídos e afastado da interferência de terceiros.

Primeiramente, para estruturar o GF foi importante a definição prévia de que a mediadora seria a própria pesquisadora e autora desse artigo, e como seriam feitas as gravações, e ainda, foi definido que as falas seriam livres a fim de gerar discussão, mas que sobretudo seria seguido um roteiro de debate como mostra o quadro 1.

#### **Quadro 1 – Questões do roteiro de discussão dos grupos focais**

<b>1</b>	O que vocês entendem por saúde, em estar saudável e o que vocês fazem para se manter saudáveis?
<b>2</b>	Alimentação saudável custa caro?
<b>3</b>	Se hoje vocês pudessem escolher entre mudança de hábitos alimentares ou tomar medicamento, o que vocês fariam?
<b>4</b>	Se o médico passar um alimento que você não está acostumado a comer, considerando que não saia do orçamento, o que vocês fariam?

Tomou-se o cuidado de preparar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para que as falas pudessem ser gravadas.

A fim de que fosse criado um ambiente de cordialidade antes do início da sessão, foi preparada uma mesa com alimentos funcionais para serem degustados pelos participantes, e ainda foi feita uma rodada de apresentação de maneira informal.

Assim que todos estavam acomodados, a mediadora realizou uma breve introdução, na qual apresentou a equipe presente, esclareceu os objetivos do estudo e do grupo focal e ainda, consultou os participantes sobre a gravação das discussões, lembrando que as fitas não serão divulgadas e serviriam apenas para facilitar a análise das informações com o conhecimento e autorização dos participantes. Nesse momento foi lido o TCLE e todos os participantes assinaram.

Concluída essa etapa introdutória a mediadora colocou em pauta a primeira questão escolhida para dar início às discussões.

Esgotadas todas as questões e diretivas previstas, a mediadora pediu aos participantes que fizessem breves comentários sobre o que acharam da dinâmica e mencionassem possíveis pontos que não foram abordados, mas que julgavam

importantes. Ultrapassada essa etapa, a discussão foi encerrada, agradecendo a participação de todos, enfatizando a importância de cada opinião.

### **3.Resultados**

Com o material transcrito, iniciou-se a análise dos dados. Foi realizada a Análise de Conteúdo (Bardin, 1977), Análise de conteúdo para esta autora é:

*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas destas mensagens).*

Tomando como base a comunicação interpessoal e relacionando-a com a análise das falas do grupo focal, nos suscitou a questão comportamental de como se deu a comunicação no grupo focal. Varias pesquisas apuraram que em toda comunicação interpessoal cerca de 7% da mensagem é verbal (somente palavras), 38% é vocal (incluindo tom de voz, inflexão e outros sons) e 55 % equivalem à expressão facial e corporal, ou seja, 93% do processo de comunicação estão relacionados à comunicação não verbal (Rocha, 2010).

Com isso, no processo de análise das falas do grupo focal dividimos o grupo em 4 categorias, de acordo com o número de questões que foram abordadas, considerando as falas de cada participante.

#### **“Eu não sou saudável”**

Quando foram perguntados sobre o que entendem por estar saudável o que foi mais citado pelos participantes era o consumo de frutas e verduras, além de praticar atividade física.

*Saladinha, franguinho grelhado. Final de semana comer um peixinho... praticar esporte porque eu parei um pouco (alisa a barriga com as mãos) mas é bom! Caminhada, bicicleta. (PAC 1*

Nessa questão fica claro que eles têm um padrão do que pensam ser correto, padrão esse, passado muitas vezes pela mídia e até mesmo através das consultas com os profissionais de saúde. Todavia a prática dessas ações que levariam há uma melhor qualidade de vida, estão cada vez mais distantes. Um dos relatos que despertou a atenção foi dado pela participante 2:

*(...) alimentação saudável? Nenhuma! Aí surgiu a oportunidade de fazer a cirurgia do estômago. Como minha vida mudou depois da cirurgia. Tanto que*

*quando eu operei e cheguei em casa a primeira coisa que eu fiz foi cheirar o pão. Cheirei tanto o pão e chorava chorava... porque eu tinha mania de abri o pão e encher de caroço de feijão. (...) e agora eu tô vendo como é importante você ter uma alimentação saudável. (PAC 2)*

### **“Alimentação saudável custa caro”**

Em relação a alimentação saudável ter um alto custo, todos, sem exceção, responderam afirmativamente.

*Por exemplo, a senhora vai comprar essa caixa de suco de soja... muitas e muitas vezes a gente quer comprar duas mas só pode comprar uma porque o dinheiro não dá. (PAC 4)*

Embora o status socioeconômico não seja sistematicamente um preditor independente de adesão ao tratamento, pode em populações de nível socioeconômico baixo, colocar os pacientes em posição de ter de escolher entre prioridades.

Alguns participantes chamaram a atenção para o fato da família ser grande, o que seria um impedimento maior ainda:

*(...) você ter esses alimentos todos os dias se torna um custo muito grande entendeu? Eu gasto em média 50 60 reais por semana e isso só pra mim e minha neném, e somos só nós duas. Agora imagina uma alimentação saudável pra uma família com 5, 6 pessoas... fica puxado! (PAC 5)*

É interessante notar que, o governo tem elencado prioridades nesse setor como é o caso do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis. Uma das estratégias é justamente redução dos preços dos alimentos saudáveis, através de proposição e fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo. (Brasil, 2012b)

### **“Prefiro mudar meus hábitos alimentares”**

Questionados sobre a relação com os medicamentos participantes de ambos os grupos responderam, que preferiam mudar os hábitos alimentares a tomar medicamento Apenas uma relatou uma realidade diferente dos demais:

*Renato (...) eu estava pesando 135Kg aí me passaram uma dieta junto com remédio e eu emagreci bem e quando parei eu engordei tudo de novo cheguei. Agora eu fui na nutricionista e ela me passou uma dieta e emagreci 37 kg de novo. E agora foi melhor porque não tomei remédio nenhum, só fechei a boca.. (PAC 6)*

*Ana Paula: eu prefiro mudar meus hábitos alimentares, eu detesto tomar remédio, eu não gosto de nada que me cause dependência. (...) (PAC 5)*



O conceito de adesão e não-adesão à terapêutica remonta a Hipócrates, na Grécia antiga, em que os pacientes eram vigiados por freqüentemente mentirem sobre o regime terapêutico prescrito, havendo relatos sobre doentes que não seguiam as orientações sobre dieta, de estilo de vida e de tratamento medicamentoso (Ramalhinho, 1994). No depoimento de uma participante, nós podemos perceber que ela foi contrária a opinião dos demais participantes, mostrando que a realidade é outra, todavia deu importância para alimentação saudável:

*Eu acho que nós brasileiros, seres humanos, agente prefere o método mais rápido... ahhh se tem o remédio de graça, então eu vou tomar o remédio, mas se nós formos pensar no nosso dia a dia no nosso amanhã uma alimentação mais saudável é muito melhor(...) (PAC 7)*

### **“Se eu não gostar não como”**

Considerada a questão proposta para responder o objetivo do estudo, quando questionados se o profissional de saúde indicasse um alimento novo, que não fizesse parte da sua mesa, mas que estivesse dentro do orçamento, as respostas mostraram que o sabor é imperativo ainda nas mesas brasileiras:

*Eu tentaria experimentar e ver se eu ia gostar e ver se eu podia comprar aquilo sempre mas se eu não gostasse ia ficar um pouco difícil neh? (PAC 8)*

Um depoimento que merece destaque e fez retomar a questão anterior, foi dado por uma participante que afirmou preferir mudar os hábitos ao invés de tomar medicamentos na última questão e agora ela se mostra a favor do medicamento (“comprimidinho”) caso o novo alimento não seja palatável:

*(...) se não gostar do sabor é fogo... quando é um comprimidinho tomou cabou agora vc ter que mastigar o alimento sentir o gosto ai tem uns que não dá pra descer...(PAC 9)*

Uma questão que mostra a importância dos profissionais conhecerem sobre os alimentos está descrita na fala de uma das participantes:

*Eu acho que nós não estamos preparados pra saber quais são os alimentos que vai fazer bem à saúde... ter isso em casa, ohh é esse é esse é esse que vc pode comer. (...) Nós temos que aprender a nos alimentar. (PAC 10)*

Dos 20 participantes do grupo focal 7 responderam que comeriam sim, mesmo que não gostassem, e 9 responderam que o gosto poderia ser um impedimento e os outros 4 não quiseram responder.

Um dado relevante para avaliar essa questão, vem do portal da saúde e diz que aumentar o acesso à informação é uma importante medida para melhorar os

hábitos alimentares do brasileiro. O vigitel 2011 revelou que os costumes do brasileiro à mesa estão diretamente relacionados com sua escolaridade: quanto mais anos de estudo, mais saudável alimentação (Brasil, 2012).

#### **4. Considerações finais**

O GF mostrou ser um método eficaz para coleta de dados em pesquisas qualitativas. Proporcionou riqueza e variedade de dados pela troca de experiências, pela reflexão e pelo insight promovidos pela dinâmica e sinergia dos grupos. Não existem “receitas prontas” quando se trata de conduzir um grupo. No entanto, é fundamental que o moderador tenha experiência e preparo teórico suficientes para permitir que o grupo se desenvolva, cresça e reflita, sem perder a perspectiva do foco pesquisado. Além disso, é de extrema importância a realização de um planejamento bem elaborado e adequado à necessidade, o que facilita a tarefa de moderação do grupo. O método possibilitou, também, à pesquisadora e à sua equipe um maior aprendizado na observação e no entendimento da dinâmica de grupos.

Quanto ao objeto desse estudo, foi esclarecido que o sabor ainda é o fator determinante na escolha dos alimentos, e para ser introduzido algo “novo” na dieta, simplesmente não passaria pelo crivo dos participantes caso não fosse palatável. Foi possível perceber uma vontade de mudança, desde que essa seja acompanhada pelos profissionais da equipe de saúde.

Faz-se necessário mais estudos que explorem a aceitabilidade dos alimentos funcionais, tratados aqui nesse estudo como “novos alimentos”, para conhecermos de fato a adesão dos usuários à um novo hábito de vida saudável.

## 5. Referencias

1. Assis MAA, Nahas MV. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Rev Nutr* 1999; 12(1):33–41
2. Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
3. Brasil. Ministério da saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. \_\_\_\_\_. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (dcnt) no brasil, 2011-2022 . último acesso em 25/05/2012 [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf)
5. Charlesworth, L. W. & Rodwell, M. K. (1997). Focus group with children: aresource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1205-1216.
6. Brug J, Steenhuis I, van Assema P, de Vries H. The impact of a computer–tailored nutrition intervention. *Prev Med* 1996; 25:236–242.
7. Kearney M *et al*. Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of the European Union. *Eur J Clin Nutr* 1997; 51(Suppl. 2): S30–S35.
8. Ramalhinho, I.M.P.S. Adesão à terapêutica anti-hipertensiva: contributo para o seu estudo. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.
9. Popkin BM. The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr* 2001; 131(3): 871S–873S.
10. Senna MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:20311

**ANEXO 1**  
**DIRETRIZES CONTIDAS NO**  
**GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**  
**(Ministério da Saúde, 2005)**

As orientações contidas no Guia, dirigidas às famílias brasileiras são:

**Diretriz 1: Os alimentos Saudáveis e as Refeições**

Consuma diariamente alimentos como cereais integrais, feijões, frutas, legumes e verduras, leite e derivados e carnes magras, aves ou peixes. Diminua o consumo de frituras e alimentos que contenham elevada quantidade de açúcares, gorduras e sal. Valorize a sua cultura alimentar e mantenha seus bons hábitos alimentares.

Saboreie refeições variadas, ricas em alimentos regionais saudáveis e disponíveis na sua comunidade.

**Diretriz 2: Cereais, Tubérculos e Raízes**

Coma diariamente 6 porções do grupo de arroz, pães, massas, tubérculos e raízes. Dê preferência aos grãos integrais (p.52).

**Diretriz 3: Frutas, Legumes e Verduras**

Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches. Valorize os produtos da sua região e varie o tipo de frutas, legumes e verduras consumidos na semana. Compre os alimentos da estação e esteja atento para sua qualidade e estado de conservação (p.60).

**Diretriz 4: Feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas**

Coma 1 porção de feijão por dia. Varie os tipos de feijão usados (...) e as formas de preparo. Use também outros tipos de leguminosas (...). Coma feijão com arroz na proporção de 1 parte de feijão para 2 partes de arroz, cozidos (p.70).

**Diretriz 5: Leite e derivados, Carnes e Ovos.**

Consuma diariamente: 3 porções de leite e derivados; 1 porção de carnes, peixes ou ovos. Sugere ainda o consumo de alimentos com baixo teor de gordura e, vísceras, pelo menos 1 vez por semana (p.78).

**Diretriz 6: Gorduras, Açúcares e Sal.**

Consuma não mais que 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite ou margarina sem ácidos graxos trans. Consuma não mais que 1 porção do grupo dos açúcares e doces por dia.

A quantidade de sal por dia deve ser, no máximo, 1 colher de chá rasa, por pessoa, distribuída em todas as preparações consumidas durante o dia (p.87).

**Diretriz 7: Água**

Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia (p.100). Indica o uso de água tratada ou fervida e filtrada. São recomendadas, ainda, duas diretrizes especiais, a primeira relacionada à prática da atividade física e a segunda, com a qualidade sanitária dos alimentos.

**ANEXO 2****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (a) senhor (a)..... está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Conhecimentos e Práticas dos Profissionais de Saúde em relação aos Alimentos Funcionais”.

Este estudo procura averiguar o conhecimento dos Médicos de Família sobre a alimentação funcional como fator de prevenção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Será aplicada uma entrevista que será gravada com sua autorização. A privacidade durante a entrevista será garantida, assim como as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e o sigilo sobre a participação estará assegurado. Embora a entrevista seja gravada, serão omitidos os nomes verdadeiros das pessoas entrevistadas e colocados nomes inventados. As fitas gravadas e o material escrito ficarão de posse da pesquisadora que é responsável pelas entrevistas.

Vale esclarecer que não haverá remuneração ou recompensa de qualquer espécie decorrente da participação neste estudo.

As informações coletadas na pesquisa servirão para a elaboração de tese de mestrado, bem como para a produção de artigos técnico-científicos e de trabalhos a serem apresentados em reuniões científicas com vistas à divulgação dos resultados.

Os benefícios relacionados à participação são: a partir das opiniões sobre a alimentação o (a) senhor(a) estará contribuindo para uma análise mais profunda sobre o modo como as DCNT tem sido prevenidas, visando, com isso, melhorar a assistência à população atendida.

A participação não é obrigatória. O (a) senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo na relação com a pesquisadora ou com a instituição.

O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço para qualquer contato com a pesquisadora responsável, a fim de tirar eventuais dúvidas sobre a pesquisa.

Declaro que entendi os objetivos e benefícios da pesquisa, e aceito participar.

Niterói, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 3****ROTEIRO DA ENTREVISTA****Dados pessoais:**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Ano de graduação: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

**Como classificaria percentualmente seu atendimento em termos de “preventivo” ou “curativo”? Você acha que esse percentual está dentro do que preconiza o programa?**

A ( ) até 30% curativo e até 70% preventivo;

B ( ) até 50% curativo e até 50% preventivo;

C ( ) até 70% curativo e até 30% preventivo;

D ( ) trabalho com outro percentual. Qual?

**Possui informação sobre Alimentos Funcionais (AF)?**

Não ( ) Sim ( )

**Em uma escala de 1 a 5, qual a sua preferência em termos de atualização científica nos seguintes pontos abaixo: Marcar Nos Parênteses, Sendo: 1 – Sem interesse e 5 - Total interesse**

( ) periódicos

( ) congressos

( ) sites de sociedades e órgãos

( ) outros. Por favor, especificar

**Você considera que seu nível de informação sobre AF é:**

( ) Satisfatório ( ) Relativamente Satisfatório ( ) Não Satisfatório

**Em Uma Escala de 1 à 5, para uma Vida Mais Saudável, o quanto o (a) senhor (a) considera importante os seguintes Pontos Abaixo: Marcar Nos Parênteses, Sendo:****1 – Sem importância e 5 – Muito importante**

( ) Praticar Atividades Física

( ) Ir Ao Médico Periodicamente

( ) Evitar Alimentos Gordurosos

( ) Comer Frutas

( ) Ingerir Bebidas e Alimentos Adicionados de Vitaminas e Minerais

( ) Beber Água

( ) Ingerir menos Sal/sódio

( ) Ingerir menos Açúcar ( bebidas)

( ) Comer Vegetais

( ) Ingerir Bebidas e Alimentos Diet/Light/Zero

( ) Ingerir baseado em porções definidas

( ) Controle de ingestão diária de caloria

Qual a frequência que o (a) senhor (a) observa os seguintes problemas de saúde relacionados com as mudanças dos hábitos alimentares de Niterói.

Doenças	Muito Freqüente	Freqüente	Pouco Freqüente	Raro	Nunca
Estresse					
Pressão Alta					
Diabetes					
Doença óssea					
Obesidade					
Colesterol Alto					
Doenças do Coração					

**Na sua opinião, a orientação sobre alimentos funcionais é tarefa de quem? Porque?**

dos nutricionistas somente  dos médicos  de ambos  de outros

**Quais são os Principais Motivos para Nunca recomendar alimentos que promovam Benefícios Específicos para Saúde:**

- Não são encontrados facilmente em lojas tradicionais
- Não são Vendidos onde Compro
- Não Acredito que Ofereçam Benefícios Adicionais à Saúde
- Baixa Qualidade
- Muito Caros
- Não Gosto do Sabor
- Embalagem /Rótulo não atrativa
- Ausência de informação científica do produto

**Se já prescreveu algum alimento funcional, relate como foi essa experiência. Caso não tenha prescrito ainda, você pretende fazê-lo em algum momento?**